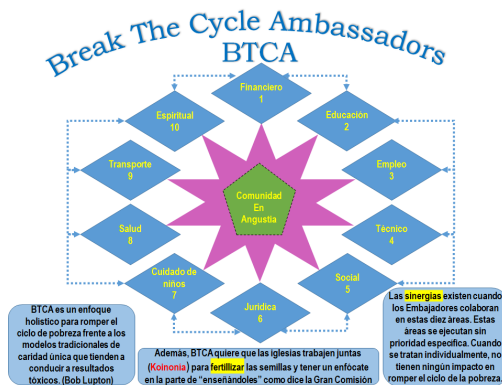


Preventative Care Health Check Folder Carpeta de Verificación de Salud de Atención Preventiva

Booklet/Folleto # _____



This process is not intended to replace regular checkups conducted by qualified medical personnel. The intent is to document historical medical information that could prove valuable to both the person being checked and medical personnel. These are checks that can be accomplished by most at home. If possible, invite a nurse or doctor who can participate and who can prescribe medications.

Este proceso no pretende reemplazar los chequeos regulares realizados por personal médico calificado. La intención es documentar información médica histórica que podría resultar valiosa tanto para la persona que está siendo revisada como para el personal médico. Estas son comprobaciones que la mayoría puede realizar en casa. Si es posible, invite a una enfermera o un médico que pueda participar y que pueda recetar medicamentos.

It is recommended that checkups be conducted every six months.

Se recomienda que los chequeos se realicen cada seis meses.

Please fill out all areas. If, while conducting these checks, you have any medical concerns due to out-of-range readings, please assist the person in contacting medical personnel for treatment.

Por favor, rellene todas las áreas. Si, mientras realiza estos controles, tiene alguna inquietud médica debido a lecturas fuera del rango, ayude a la persona a comunicarse con el personal médico para recibir tratamiento.

When taking the photo, please take the photo from the shoulders up.

Al tomar la foto, tómela de los hombros hacia arriba.

Document any prescribed medications that the person is currently taking.

Documente cualquier medicamento recetado que la persona esté tomando actualmente.

If a visit to a doctor becomes necessary, make a copy or take a phone photo of the person's information to provide to medical personnel. Please include all entries for that person.

Si es necesaria una visita a un médico, haga una copia o tome una foto telefónica de la información de la persona para proporcionársela al personal médico. Por favor, incluya todas las entradas de esa persona.

Once filled in, the forms are considered confidential. Only medical personnel, the individual recording the information, and the person being checked should have access to the information. Please keep this folder in a secure area.

Una vez rellenos, los formularios se consideran confidenciales. Solo el personal médico, la persona que registra la información y la persona que está siendo revisada deben tener acceso a la información. Guarde este folleto en un área segura.

Please get in touch with Ricardo Jaramillo when PC checks are conducted.

Por favor, póngase en contacto con Ricardo Jaramillo cuando se realicen PC chequeos.

Donantes de Clínicas Médicas

Name/Nombre

Home/Ubicación

Enrique and Jill Ramos (2/3 kit)

Harvest, Alabama, Estados Unidos

Bryanna Galindo (Pad and Book)

Harvest, Alabama, Estados Unidos

Teresa Torres (Pad & Bag)

Midlothian, Texas, Estados Unidos

Lora A. Ridenour (2 Glucose Kits)

Phoenix, Arizona, Estados Unidos

Elliot Schroeder (1 kit)

San Diego, California, Estados Unidos

Steve and Alice Lessman (1 kit)

Madison, Alabama, Estados Unidos

Cheryl & John McAuley (6 first aids)

New Market, Alabama, Estados Unidos

Theresa Davis (numerous items)

Harvest, Alabama, Estados Unidos

Table of Contents
Tabla de Contenidos

(32 Entries Available)
(32 Entradas Disponibles)

Page # Name
Página #Nombre

5	_____
9	_____
13	_____
17	_____
21	_____
25	_____
29	_____
33	_____
37	_____
41	_____
45	_____
49	_____
53	_____
57	_____
61	_____
65	_____

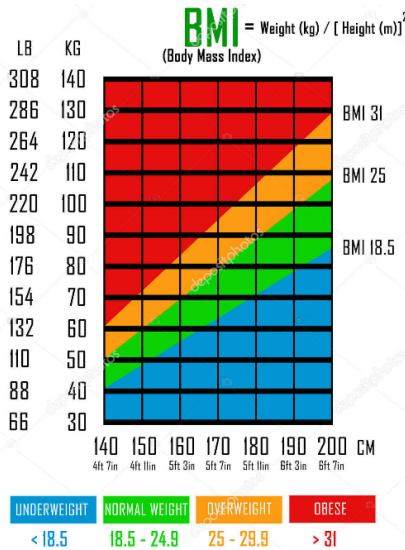
Page # Name
Página # Nombre

69	_____
73	_____
77	_____
81	_____
85	_____
89	_____
93	_____
97	_____
101	_____
105	_____
109	_____
113	_____
117	_____
121	_____
125	_____
129	_____

Refer to Pages 133-138 For Enlarged Health Charts

Consulte las páginas 133-138 para ver las tablas de salud ampliadas

Pagina 133



Pagina 134

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA NUEVA GUÍA AHA - 2017

	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	y	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)	RECOMENDACIONES
NORMAL	<120	y	<80	Seguir un estilo de vida saludable y realizar un chequeo cada año.
ELEVADA	120 - 129	y	<80	Cambios de estilo de vida y reevaluación en 3-6 meses.
ALTA HIPERTENSIÓN GRADO 1	130 - 139	o	80-89	Cambios de estilo de vida, medicación con control mensual hasta que la presión esté controlada.
ALTA HIPERTENSIÓN GRADO 2	≥140	o	≥90	Cambios de estilo de vida, 2 diferentes tipos de medicamentos con control mensual hasta que la presión esté controlada.
CRISIS HIPERTENSIVA	>180	y/o	>120	Urgencia y emergencia

Pagina 135

Guía para el Azúcar en la Sangre

NUMEROS	HORA	RESULTADO	ACCIÓN
30-80	Quando usted despierta		Está bajo. Coma inmediatamente. Si el nivel no aumenta, póngase en contacto con el 9-1-1
80-130	Quando usted despierta		¡Va muy bien! Tome su desayuno normal.
130-180	Quando usted despierta o 2 horas después de comer		¿Comió demasiado en la comida? ¿Comió un refrigerio tarde en la noche?
Sobre 180	En cualquier momento del día durante más de 3 días seguidos		Llame a su Médico. Tome bebidas sin azúcar.

Pagina 136



Pagina 137



Pagina 137

Examples of Body Temperature Measurement Ranges

Metho d	Fah renheit	C elsius
Rectal	97.9°F – 100.4°F	36.1°C – 38.0°C
Tympanic (inner ear)	96.4°F – 100.4°F	35.8°C – 38.0°C
Oral	95.9°F – 99.5°F	35.5°C – 37.5°C
Axillary (Armpit)	94.5°F – 99.1°F	34.7°C – 37.3°C
Forehead	95.0°F – 100.4°F	35.0°C – 38.0°C

Normal Body Temperatures and Age

A ge	Fah renheit	C elsius
0 to 2 years	97.5°F – 100.4°F	36.4°C – 38.0°C
3 to 10 years	97.0°F – 100.0°F	36.1°C – 37.8°C
11 to 65 years	96.6°F – 99.7°F	35.9°C – 37.6°C
65 years and older	96.4°F – 99.5°F	35.8°C – 37.5°C

Pagina 138

EJEMPLO

1) Fecha de hoy (M) 07 / 10 / 2025 BTCA
 2) Nombre del cliente: Ricardo Jaramillo (m)
 3) Fecha de nacimiento y edad (M) 04 / 12 / Año 1952 Edad 69
 4) Tu Trabajo: Ret
 5) Lugar de residencia: Harvest, ALBU
 6) Nombre de tu padre: Manuel S. Jaramillo F. Fernando
 7) Nombre de tu madre: Ofelia S. Jaramillo m. Rosalva
 8) Nombre y edad de tus hijos: Josie (F) 149
 Rachel (F) 147; Wally (F) 142
 Brittany (F) 132; Ricky (m) 135

1) La fecha de hoy (M) 07 / 10 / 2025
 2) Nombre del personal que atiende: Ricardo Jaramillo
 3) Organización y teléfono del que atiende: BTCA 141256-653-1205
 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta ☒ Si / No
 5) Hora del cliente de la comida más reciente: 07:00
 6) Apariencia de salud general del cliente: Se ve muy saludable (B)
 7) Peso: 182.1 [kg] 8) Medición de altura: 6'7" 9) Color del IMC: Marrón
 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: 95 Pulso: 88
 11) Procedimientos realizados (encierre en un círculo ☒ Si / No): Ver a bajo
 12) [Monitor de presión arterial de muñeca] con al menos dos lecturas: ¿Se controló la presión arterial? ☒ Si / No
 Primera: 135 / 86 Segunda: 132 / 84
 13) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? ☒ Si / No
 Medición primera: 61 Medición segunda: 63
 14) Examen de anteojo: ¿Examen realizado? ☒ Si / No Medición de recetas:
 ¿Gafas emitidas? ☒ Si / No Potencia de prescripción de gafas:
 15) Vitaminas: ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? ☒ Si / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros:
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ☒ Adulto:
 16) Comentarios y observaciones de hoy: Se ve muy saludable

EJEMPLO

Mano Derecha: 1. pulgar 2. índice 3. medio 4. anular 5. meñique
 Mano Izquierda: 1. pulgar 2. índice 3. medio 4. anular 5. meñique

<p>1) Fecha de hoy (M) _____/(D) _____/(A) _____</p> <p>2) Nombre del cliente: _____</p> <p>3) Fecha de nacimiento y edad (M) _____/(D) _____/(A) _____/Edad _____</p> <p>4) Tu Trabajo: _____</p> <p>5) Lugar de residencia: _____</p> <p>6) Nombre de tu padre: _____</p> <p>7) Nombre de tu madre: _____</p> <p>8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____; _____/_____; _____/_____; _____/_____; _____/_____;</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 150px; margin: 10px auto; text-align: center; line-height: 150px; font-size: 24px; font-weight: bold;">Foto</div>
--	--

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente “arriba” sea correcta: **SÍ / No**

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo **SÍ / No**):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? **SÍ / No**
 Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? **SÍ / No** Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? **SÍ / No** Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? **SÍ / No** Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? **SÍ / No**
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha <div style="background-color: yellow; padding: 2px; font-weight: bold;">Asegúrese de no manchar la huella</div>					
1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique	
Mano Izquierda					
1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique	

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: SÍ / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo SÍ / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? SÍ / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? SÍ / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? SÍ / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? SÍ / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? SÍ / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: SÍ / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo SÍ / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? SÍ / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? SÍ / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? SÍ / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? SÍ / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? SÍ / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros ____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ____ Adulto: ____ Joven: ____ Niño: ____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	Asegúrese de no manchar la huella				
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular
Mano Izquierda					
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros ____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ____ Adulto: ____ Joven: ____ Niño: ____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	Asegúrese de no manchar la huella	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	Asegúrese de no manchar la huella					
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros ____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ____ Adulto: ____ Joven: ____ Niño: ____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

**Asegúrese
de no
manchar la
huella**

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros ____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ____ Adulto: ____ Joven: ____ Niño: ____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	Asegúrese de no manchar la huella	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros ____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ____ Adulto: ____ Joven: ____ Niño: ____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha	Asegúrese de no manchar la huella	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
		1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____ **BTCA**
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda: _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda: _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: _____/_____. Segunda: _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____

2) Nombre del personal que atiende: _____

3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____

4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No

5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____

6) Apariencia de salud general del cliente: _____

7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____

10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____

12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):

13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____

14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____

15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____

16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____

17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) Fecha de hoy (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del cliente: _____
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) ____/(D) ____/(A) ____/Edad ____
- 4) Tu Trabajo: _____
- 5) Lugar de residencia: _____
- 6) Nombre de tu padre: _____
- 7) Nombre de tu madre: _____
- 8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____
 _____/_____; _____/_____
 _____/_____; _____/_____

BTCA

Foto

- 1) La fecha de hoy: (M) ____/(D) ____/(A) ____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
 Primera: ____/____ Segunda ____/____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Mano Derecha Asegúrese de no manchar la huella Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

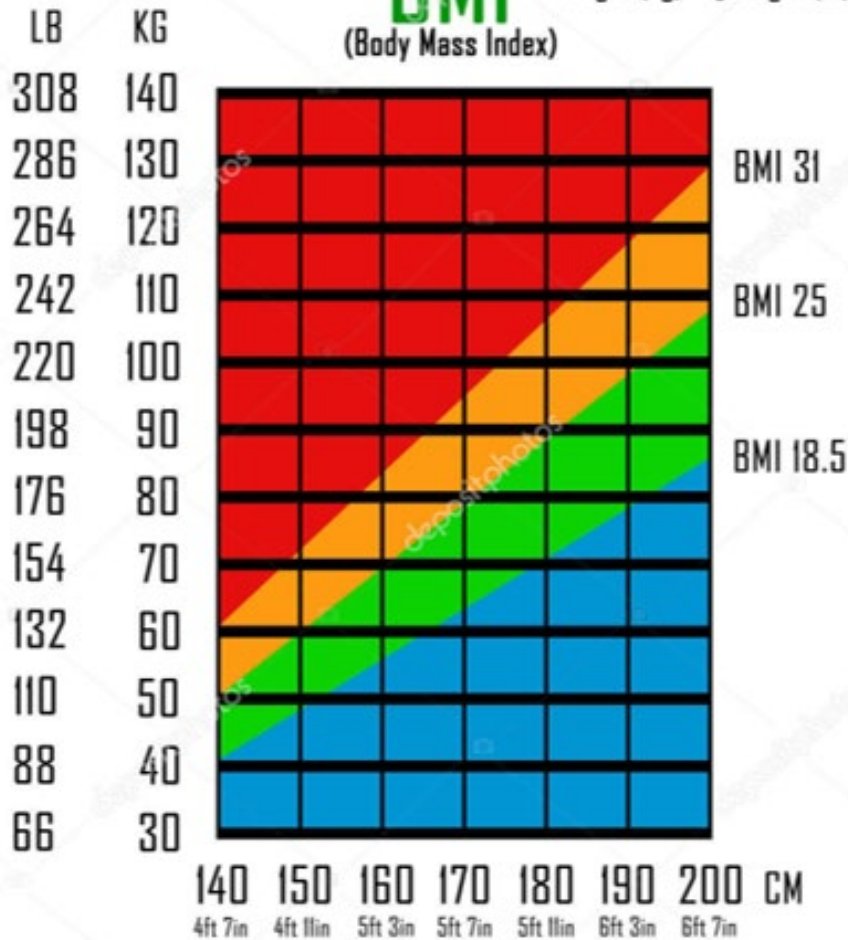
- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

- 1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____
- 2) Nombre del personal que atiende: _____
- 3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____
- 6) Apariencia de salud general del cliente: _____
- 7) Peso: _____ [KG/Lbs] 8) Medición de altura _____ 9) Color del IMC _____
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____ 11) Temp: _____
- 12) Procedimientos realizados (encierra en un círculo Sí / No):
- 13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No
Primera: _____/_____ Segunda _____/_____
- 14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera _____ Medición segunda _____
- 15) Examen de anteojos:
¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas _____
¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas _____
- 16) Vitaminas
¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No
Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros _____
Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 17) Comentarios y observaciones de hoy: _____

Body Mass Index (BMI) - Índice de Masa Corporal, IMC

$$\text{BMI} = \text{Weight (kg)} / [\text{Height (m)}]^2$$

(Body Mass Index)



Body Mass Index (BMI)

Índice de Masa Corporal, IMC

A measurement of a person's weight in relation to their height, used to find out if they are overweight.

Medida del peso de una persona en relación con su estatura, que se utiliza para determinar si tiene sobrepeso.

Obesity in adults is defined as a BMI of 30 or greater.

La obesidad en adultos se define como un IMC de 30 o más.

Example: If you weigh 180 pounds and are 5'7", your BMI is 18.5. These two meet in the yellow area indicating that you are overweight. If you are 5'7", you should weigh between 140 to 176 pounds. This weight range and height intersect in the green area.

Ejemplo: Si pesas 180 libras y mides 5'7", tu IMC es de 18.5. Estos dos se encuentran en el área amarilla que indica que tiene sobrepeso. Si mide 5'7", debe pesar entre 140 y 176 libras. Este rango de peso y altura se cruzan en la zona verde.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA NUEVA GUÍA AHA - 2017











American
Heart
Association®

	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)		PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)	RECOMENDACIONES
NORMAL	<120	y	<80	Seguir un estilo de vida saludable y realizar un chequeo cada año.
ELEVADA	120 - 129	y	<80	Cambios de estilo de vida y reevaluación en 3-6 meses.
ALTA HIPERTENSIÓN GRADO 1	130 - 139	o	80-89	Cambios de estilo de vida, medicación con control mensual hasta que la presión esté controlada.
ALTA HIPERTENSIÓN GRADO 2	≥140	o	≥90	Cambios de estilo de vida, 2 diferentes tipos de medicamentos con control mensual hasta que la presión esté controlada.
CRISIS HIPERTENSIVA	>180	y/o	>120	Urgencia y emergencia

/

Guía para el Azúcar en la Sangre

NÚMEROS	HORA	RESULTADO	ACCIÓN
30-80	Cuando usted despierta 		Está baja. Coma inmediatamente. Si el nivel no aumenta, póngase en contacto con el 9-1-1
80-130	Cuando usted despierta 		¡Va muy bien! Tome su desayuno normal.
130-180	Cuando usted despierta o 2 horas después de comer 		¿Comió demasiado en la comida? O ¿ingirió un refrigerio tarde en la noche?
Sobre 180	En cualquier momento del día durante más de 3 días 		Llame a su Médico Tome bebidas sin azúcar.

ADA Standards of Medical Care in Diabetes - 2019



Este material proporcionado por Quality Insights, la Red de Innovación de Calidad de Medicare – Organización de Mejora de la Calidad en apoyo a la Campaña Nacional para la Mejora en la Calidad de Salud en Casa fue preparado por TMF, la Organización de Mejora de la Calidad del estado de Texas, bajo contrato con los Centro para Servicios de Medicare & Medicaid Services (CMS). Las opiniones aquí presentadas no necesariamente reflejan la política de CMS. Número de publicación 11SOW/VV/HH-MMD-012519S

Ilustraciones de Missi Jay, Giggles Studios, Austin Texas

INFOGRAFÍA SOBRE LA DIABETES

COMPLICACIONES



Siempre hambriento



Pérdida de peso
inexplicable



Entumecimiento u
hormigueo
en manos/pies



Fatiga extrema



Trastorno sexual



Cheque su nivel
de azúcar en
la sangre



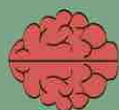
Siempre sediento



Micción frecuente



Candidiasis



Enfermedad
cerebrovascular



Nefropatía
diabética



Enfermedad
coronaria



Las heridas sanan
lentamente



Neuropatía
periférica



Daño ocular

PREVENCIÓN



Ejercicio



Comida saludable



Controlar



Evitar



Ver a un doctor

PLANIFICADOR DE COMIDAS FÁCIL

Con el apoyo adecuado, la alimentación correcta puede ser tan fácil como **1, 2, 3, 4, 5**.
 Simplemente sigue nuestro planificador de comidas paso a paso para que el comer de forma equilibrada y saludable sea algo sencillo.

25g PROTEÍNA 400 CALORÍAS
40g PROTEÍNA 600 CALORÍAS

PASO 1 - COMIENZA CON PROTEÍNA							
						3 ONZAS, COCINADO	5 ONZAS, COCINADO
POLLO O PAVO	PESCADO	CARNE DE RES MAGRA	MARISCOS	PUERCO O CORDERO (LOMO)			
PASO 2 - AGREGA VEGETALES							
						ESCOGE 1	ESCOGE 2
COCINA VERDURAS, SOPA DE VEGETALES, SALSA DE TOMATE (1 TAZA)							
						CUALQUIER CANTIDAD	CUALQUIER CANTIDAD
VEGETALES CRUDOS							
PASO 3 - AÑADE CARBOHIDRATOS SALUDABLES							
						ESCOGE 1	ESCOGE 2
PAN O GALLETAS INTEGRALES 1 REBANADA: 1/2 PAN PITA 1/2 PANECILLO INGLÉS 4 GALLETAS MEDIANAS	TORTILLAS 2 MAÍZ 1 TORTILLA DE HARINA, MEDIANA (INTEGRAL)	INTEGRALES, CHICHAROS, MAÍZ O LENTEJAS 1/2 TAZA, COCINADA	PAPA (BLANCA O CAMOTE) 1/2 MEDIANA	PASTA, QUINOA, MIJO, CEBADA, BULGUR, ARROZ (INTEGRAL O SILVESTRE) 1/2 TAZA, COCINADA	FRUTA MEDIANA O 1 TAZA EN PEDACITOS		
PASO 4 - AGREGA GRASA SALUDABLE PARA DARLE SABOR							
						ESCOGE 1	ESCOGE 1
ACEITE DE OLIVA 1 CUCHARADA	NUCES 1 ONZA	HUMUS, ADEREZO BAJO EN GRASA, MAYONESA, CREMA AGRIA, VINAGRETA 2 CUCHARADAS	AGUACATE 1/2 PEQUEÑO	QUESO PARMESANO O QUESO CREMA FETA BAJO EN GRASA 2 CUCHARADAS	SEMILLAS O MANTEQUILLA DE NUACES 1 CUCHARADA		
PASO 5 - AGRÉGALE SAZÓN							
						CUALQUIER CANTIDAD	CUALQUIER CANTIDAD
HIERBAS Y ESPECIAS	LIMÓN	AJO	VINAGRE	SALSA Y SALSA PICANTE	MOSTAZA		

Examples of Body Temperature Measurement Ranges

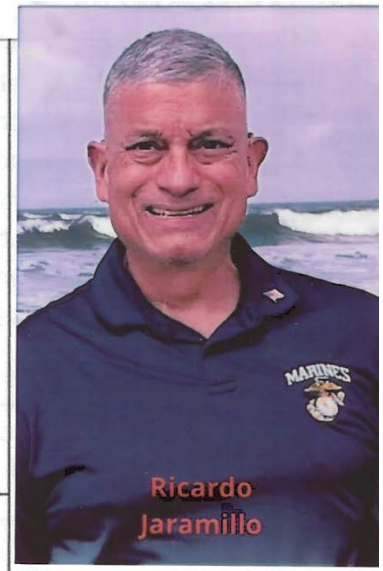
Method	Fahrenheit	Celsius
Rectal	97.9°F – 100.4°F	36.1°C – 38.0°C
Tympanic (inner ear)	96.4°F – 100.4°F	35.8°C – 38.0°C
Oral	95.9°F – 99.5°F	35.5°C – 37.5°C
Axillary (Armpit)	94.5°F – 99.1°F	34.7°C – 37.3°C
Forehead	95.0°F – 100.4°F	35.0°C – 38.0°C

Normal Body Temperatures and Age

Age	Fahrenheit	Celsius
0 to 2 years	97.5°F – 100.4°F	36.4°C – 38.0°C
3 to 10 years	97.0°F – 100.0°F	36.1°C – 37.8°C
11 to 65 years	96.6°F – 99.7°F	35.9°C – 37.6°C
65 years and older	96.4°F – 99.5°F	35.8°C – 37.5°C

EJEMPLO

- 1) Fecha de hoy (M) 07 / (D) 03 / Año 2025 **BTCA**
- 2) Nombre del cliente: Ricardo Jaramillo (m)
- 3) Fecha de nacimiento y edad (M) [REDACTED] / Edad 67
- 4) Tu Trabajo: Ret
- 5) Lugar de residencia: Harvest, AL, EEUU
- 6) Nombre de tu padre: Manuel S. Jaramillo
- 7) Nombre de tu madre: Ofelia S. Jaramillo
- 8) Nombre y edad de sus hijos: [REDACTED] (F) 148
[REDACTED] (F) 147 [REDACTED] (F) 142
[REDACTED] (F) 137 [REDACTED] (M) 135



- 1) La fecha de hoy: (M) 07 / (D) 03 / Año 2025
- 2) Nombre del personal que atiende: Ricardo Jaramillo
- 3) Organización y teléfono del que atiende: BTCA / [REDACTED]
- 4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: ☒ Sí / No
- 5) Hora del cliente de la comida más reciente: 0800
- 6) Apariencia de salud general del cliente: Se mira sano (E)
- 7) Peso: 182 L [KG/Lbs] 8) Medición de altura 67" 9) Color del IMC Naranja
- 10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: 98 / Pulso: 88
- 11) Procedimientos realizados (encierre en un círculo ☒ / No): Vea abajo
- 12) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? ☒ Sí / No
 Primera: 135 / 86 Segunda 132 / 84
- 13) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales
 ¿Glucosa controlada? ☒ Sí / No
 Medición primera 61 Medición segunda 63
- 14) Examen de anteojos:
 ¿Examen realizado? ☒ Sí / ☒ No Medición de recetas _____
 ¿Gafas emitidas? ☒ Sí / ☒ No Potencia de prescripción de gafas _____
- 15) Vitaminas
 ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? ☒ Sí / ☒ No
 Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, ☒ Hierro, Otros _____
 Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: ☒ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____
- 16) Comentarios y observaciones de hoy: Se ve muy saludable

EJEMPLO

Mano Derecha					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

BTCA Information: Director Ricardo Jaramillo / Website www.mybtca.org / Cell 256.910.9110 / Email mybtca@mybtca.org

Índice de formación de equipos

1. Página 139-140	Preparación y operación de la clínica
2. Página 141	Instrucciones del termómetro
3. Página 141	Cómo utilizar el pulsómetro
4. Página 142	Cómo utilizar el oxímetro
5. Página 142	Cómo tomar las huellas dactilares de la mano de una persona
6. Página 142-143	Cómo usar el monitor de glucosa
7. Página 144	Cómo medir el IMC
8. Página 144	Cómo cuidar el botiquín de primeros auxilios
9. Página 144	Cómo utilizar la cámara
10. Página 145-146	Hojas de inventario de equipos clínicos de atención preventiva

1) Preparación y operación de la clínica

Texto en amarillo y cursiva es los pasos para operar el equipo.

- 1) Se impartirá capacitación a los voluntarios sobre cómo utilizar el equipo médico.
 - a) Preferiblemente, la capacitación se puede realizar en una fecha separada antes de que se lleve a cabo la clínica.
 - b) La capacitación podría proporcionarse llegando 1,5 horas antes del inicio de la clínica.
 - c) Una persona puede ser capacitada en uno o dos de los equipos médicos que utilizaremos.
- 2) Los voluntarios realizarán los chequeos y documentarán los resultados de los chequeos.
- 3) Procedimientos de la estación clínica:
 - a) **En la primera estación:**
 - i) *Se tomará una foto del paciente y luego se colocará en el formulario.*
 - ii) *Luego se completará la parte superior del formulario.*
 - iii) *Escriba el nombre del paciente en la página 3 junto al número de página del formulario de la paciente.*
 - iv) *Cuando esté lleno, entregue el formulario al paciente y envíelo a la estación dos.*

<p>1) Fecha de hoy (M) _____/(D) _____/(A) _____</p> <p>2) Nombre del cliente: _____</p> <p>3) Fecha de nacimiento y edad (M) _____/(D) _____/(A) _____/Edad _____</p> <p>4) Tu Trabajo: _____</p> <p>5) Lugar de residencia: _____</p> <p>6) Nombre de tu padre: _____</p> <p>7) Nombre de tu madre: _____</p> <p>8) Nombre y edad de sus hijos: _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____</p>	<p>BTCA</p> <p>Foto</p>
---	---------------------------------------

b) La segunda estación:

i) Recibirá el formulario e iniciará las comprobaciones en el orden que se indica a continuación.

Nota: Si los resultados de una prueba están fuera del rango, anote los resultados y repita la prueba. Infórmeleselo a la persona e indíquelo marcando con un círculo el resultado de la prueba anotado.

ii) Cuando esté completo, envíe al paciente a la tercera estación con el formulario.

1) La fecha de hoy: (M) _____/(D) _____/(A) _____		
2) Nombre del personal que atiende: _____		
3) Organización y teléfono del que atiende: _____/_____		
4) Verifique que la información personal del cliente "arriba" sea correcta: Sí / No		
5) Hora del cliente de la comida más reciente: _____		
6) Apariencia de salud general del cliente: _____		
7) Peso: _____ [KG/Lbs]	8) Medición de altura: _____	9) Color del IMC: _____
10) [Oxímetro] Nivel de oxígeno: _____/Pulso: _____	11) Temp: _____	
12) Procedimientos realizados (encierre en un círculo Sí / No):		
13) [Monitor de presión arterial de muñeca]: con al menos dos lecturas; ¿Se controló la presión arterial? Sí / No Primera: _____/_____ Segunda: _____/_____		
14) Niveles de glucosa en azúcar: con al menos dos lecturas si son anormales ¿Glucosa controlada? Sí / No Medición primera: _____ Medición segunda: _____		
15) Examen de anteojos: ¿Examen realizado? Sí / No Medición de recetas: _____ ¿Gafas emitidas? Sí / No Potencia de prescripción de gafas: _____		
16) Vitaminas ¿Se proporcionaron vitaminas al cliente? Sí / No Tipo de vitamina (marque uno) Multivitamínico: A, B, C, D, Hierro, Otros: _____ Grupo/Tipo de Vitamina (marque uno): 50 años o más: _____ Adulto: _____ Joven: _____ Niño: _____		
17) Comentarios y observaciones de hoy: _____ _____		

c) La tercera estación:

i) Procederá a tomar las huellas dactilares en el formulario

ii) Cuando se hayan agregado las huellas dactilares al formulario, entréguelo al paciente y guíelo al médico para revisar la información del formulario.

iii) Luego, el médico o el líder colocará el formulario completo en la carpeta.

Mano Derecha					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

d) Al final de la clínica, recoja todo el equipo y realice un inventario de equipos y después guárdelo para la próxima clínica que se llevará a cabo en seis meses. El formulario de inventario está en la parte posterior del libro.

2) Termómetro

Los pasos números 1-4 se alinean con la imagen de la derecha.

1. Presione el botón 'Medir' para encender el termómetro.
2. Coloque la sonda del termómetro a aproximadamente 1.5" de la frente.
3. Presione el botón 'Medir' para iniciar la medición.
4. Cuando el pitido se escucha por completo, puede leer el valor.
5. Anote la lectura en el formulario.

How to use your thermometer?

- 1 Press the "Measure button" to turn on the thermometer.



- 2 Position the thermometer probe of the forehead and keep it within 1.5 inches.



- 3 Press the Measure button "1", start to measure.



- 4 When the beep is completely heard, you can read the value.



1 • Thermometers



Examples of Body Temperature Measurement Ranges

Normal Body Temperatures and Age

Age	Fahrenheit	Celsius
0 to 2 years	97.5°F – 100.4°F	36.4°C – 38.0°C
3 to 10 years	97.0°F – 100.0°F	36.1°C – 37.8°C
11 to 65 years	96.6°F – 99.7°F	35.9°C – 37.6°C
65 years and older	96.4°F – 99.5°F	35.8°C – 37.5°C

Method	Fahrenheit	Celsius
Rectal	97.9°F – 100.4°F	36.1°C – 38.0°C
Tympanic (inner ear)	96.4°F – 100.4°F	35.8°C – 38.0°C
Oral	95.9°F – 99.5°F	35.5°C – 37.5°C
Axillary (Armpit)	94.5°F – 99.1°F	34.7°C – 37.3°C
Forehead	95.0°F – 100.4°F	35.0°C – 38.0°C

3) Monitor de pulso de manguito

Aplicar el brazalete de muñeca

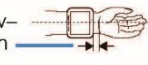
- 4-1 Pase la muñeca por el lazo del brazalete
- 4-2 Coloque el brazalete dejando 1.5" entre el brazalete y la parte inferior de la palma de la mano.
- 4-3 Envuelva firmemente el brazalete
- 5 Coloque el monitor al mismo nivel que su corazón.
- 5-1 La espalda y el brazo deben tener apoyo.
- 5-2 Mantenga los pies planos y sin cruzar.

4 Apply the wrist cuff

- 1 Put your wrist through the cuff loop. Your palm and the display should face upward.



- 2 Position the cuff leaving 0.5 inch between the cuff and the bottom of your palm.



- 3 Firmly wrap the cuff.



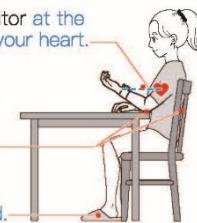
For details, refer to the instruction manual.

5 Sit correctly

Place the monitor at the same level as your heart.

Your back and arm should have support.

Keep feet flat, legs uncrossed.



For details, refer to the instruction manual.

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA NUEVA GUÍA AHA - 2017



PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)

PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)

RECOMENDACIONES

NORMAL

<120

y

<80

Seguir un estilo de vida saludable y realizar un chequeo cada año.

ELEVADA

120 - 129

y

<80

Cambios de estilo de vida y reevaluación en 3-6 meses.

ALTA

HIPERTENSIÓN GRADO 1

130 - 139

y

80 - 89

Cambios de estilo de vida, medicación con control mensual hasta que la presión esté controlada.

ALTA

HIPERTENSIÓN GRADO 2

≥140

y

≥90

Cambios de estilo de vida, 2 diferentes tipos de medicamentos con control mensual hasta que la presión esté controlada.

CRISIS HIPERTENSIVA

>180

y/o

>120

Urgencia y emergencia

6 Take a reading

- 1 Press the [ON/OFF] button.



- 2 Remain still until the wrist cuff deflates.

- 3 Your reading is displayed. Press the [ON/OFF] button to turn the monitor off.



For details, refer to the instruction manual.

Toma una lectura:

- 6-1 Presione el botón de encendido/apagado.
- 6-2 Permanezca quieto hasta que el brazalete de la muñeca se desinfe.
- 6-3 Se muestra su lectura.
- 7 Documente la lectura e informe al paciente en qué rango se encuentra la lectura.

4) Oxímetro

La saturación de oxígeno en pulso es el porcentaje de HbO₂ en la Hb total en la sangre, la concentración de O₂ en la sangre. Es un parámetro biológico importante para la respiración. Este oxímetro de pulso fue desarrollado con el propósito de medir la Saturación de oxígeno por pulsos (SpO₂) de manera más fácil y precisa. Al mismo tiempo, el oxímetro puede medir la frecuencia del pulso. Para tener mediciones más precisas de SpO₂ y PR, el oxímetro debe usarse en un ambiente silencioso y cómodo.

Cuando el oxímetro está en uso, debe asegurarse de que las baterías tengan suficiente capacidad; de lo contrario, podría haber fenómenos como anomalías iniciales o datos de medición inexactos, etc.

Utilice un dedo seco para medir y manténgase quieto al medir

Por favor, no mida con esmalte de uñas/uñas postizas/excesivas

a) Inserte el dedo en el oxímetro

b) Presione el botón de encendido.

c) Registre la spO₂ y el bpmPR en el formulario.

d) La lectura de oxígeno debe ser superior al 88%.



5) Almohadilla de tinta de huellas dactilares

a) Comience con la mano izquierda y coloque el pulgar en la almohadilla de tinta. Gírelo hacia la izquierda y hacia la derecha para asegurarse de que la tinta se distribuya uniformemente por todo el pulgar.

b) Coloque el pulgar en su lugar respectivo en el formulario, girando el pulgar suavemente hacia la izquierda y hacia la derecha. Por favor, no presione demasiado. Si lo hace, manchará la impresión.

c) Repita este paso con los otros dedos y luego haga lo mismo con la mano derecha.

d) Cuando se hayan colocado los diez dedos en el formulario, dele al paciente una almohadilla con alcohol para que pueda limpiar la tinta de sus dedos.

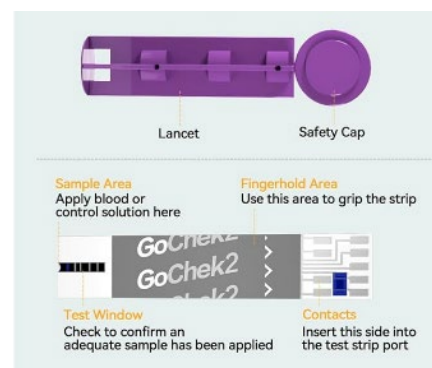
e) Una vez limpio, entregue el formulario al paciente y envíelo a la siguiente estación.



Mano Derecha					
Asegúrese de no manchar la huella	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique
Mano Izquierda					
	1. pulgar	2. índice	3. aedio	4. anular	5. meñique

6) Tiras de prueba de glucosa en sangre y lancetas

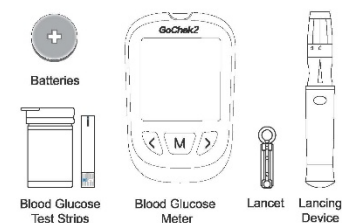
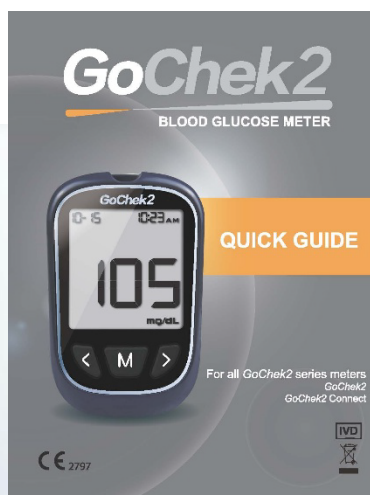
El sistema de monitoreo de glucosa en sangre está destinado a detectar cuantitativamente la glucosa en muestras de sangre completa, como una ayuda para monitorear la efectividad del control de la glucosa para pacientes diabéticos. Cuando se usa para auto pruebas (pruebas de venta libre), el sistema puede aceptar sangre entera capilar humana fresca obtenida de la yema del dedo, el antebrazo y/o la palma de la mano por usuarios no profesionales. Los resultados de las pruebas sirven solo como información útil, no para el diagnóstico.



CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Los pasos números 1-13 se alinean con la imagen de la derecha.

1. Instale las baterías si aún no se han instalado.
2. Lávese y séquese las manos (use jabón o desinfectante para manos)
3. Retire la tapa del dispositivo de punción
4. Inserte una lanceta en el dispositivo de punción.
5. Retire la tapa de seguridad y déjela a un lado. No desechar, se utilizará más adelante.
6. Vuelva a colocar la tapa del dispositivo de punción.
7. Ajuste la profundidad de punción
8. Tire hacia atrás del cañón de amortillado hasta que escuche un clic.
9. Inserte una tira reactiva en el monitor.
10. Sosteniendo el dispositivo de punción contra el costado del dedo, presione el botón de liberación.
11. Masajee el dedo para aumentar el tamaño amplio. Limpie la primera gota y use la segunda gota para probar. **(Puede ser necesario ajustar la profundidad al usarlo si no sale suficiente sangre del dedo. Si este es el caso, repita esta parte con la misma lanceta.)**
12. Aplique sangre en el área de muestra de la tira reactiva. Cuando la sangre llene la ventana de prueba, el medidor hará una cuenta regresiva.
13. Después de 5 segundos, se mostrará el resultado.
14. Después de la prueba, expulse la tira con el eyector de tiras reactivas, vuelva a colocar la tapa de seguridad de la lanceta y deseche la lanceta.
15. Anote la lectura en el formulario.
16. Si la lectura es anormal, repita la verificación y documente también la nueva lectura.
17. Anote las lecturas en el formulario y continúe con la siguiente prueba.



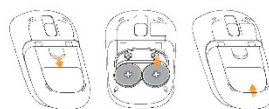
Note: Depending on which GoChek2 product you purchased, some of the components may need to be purchased separately. Please check the list of components printed on the box for details on which components are included with your purchase.

EC REP Lotus NL B.V.
Koning Jullianaplein 15, 1a Vind.
2595AA, The Hague, Netherlands

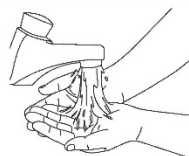
Document: 10174-PMTL-128
Revision: V01
Issued: 2025-01-15

MicroTech Medical (Hangzhou) Co., Ltd.
Address: No. 109 Lixue St., Cangshan Tuhang District,
Hangzhou, 311121 Zhejiang, P.R. China
Website: <http://www.microtechmd.com>

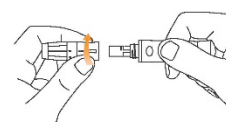
- 1 ▶ Insert the battery.



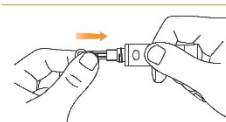
- 2 ▶ Wash and dry your hands.



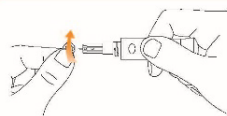
- 3 ▶ Remove the lancing device cap.



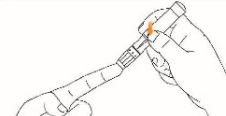
- 4 ▶ Insert a lancet into the lancing device.



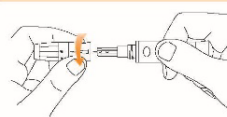
- 5 ▶ Twist off the safety cap and put aside. Do not discard, it will be used later.



- 10 ▶ Holding the lancing device against the side of the finger, press the release button.



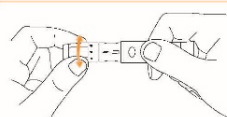
- 6 ▶ Replace the lancing device cap.



- 11 ▶ Massage the finger to increase the sample size. Wipe away the first drop, and use the second drop to test.



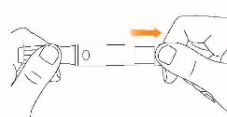
- 7 ▶ Adjust the puncture depth.



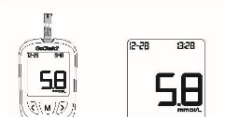
- 12 ▶ Apply blood to the sample area of the test strip. When blood fills the test window, the meter will count down.



- 8 ▶ Pull back the cocking barrel until you hear a click.



- 13 ▶ After 5 seconds, the result will display.



- 9 ▶ Insert a test strip.



After the test, eject the strip using the test strip ejector, replace the lancet safety cap, and discard the lancet.

7) Cálculos de Índice de Masa Corporal, IMC/BMI

- Usando el medidor amarillo, mida la altura del individuo y anótela en el formulario.
- Usando la báscula, pese al individuo y anote el peso en el formulario.
- Usando el gráfico de la derecha, encuentre los puntos de intersección de la altura y el peso. Anote el color en el formulario.
- Realice la siguiente comprobación.

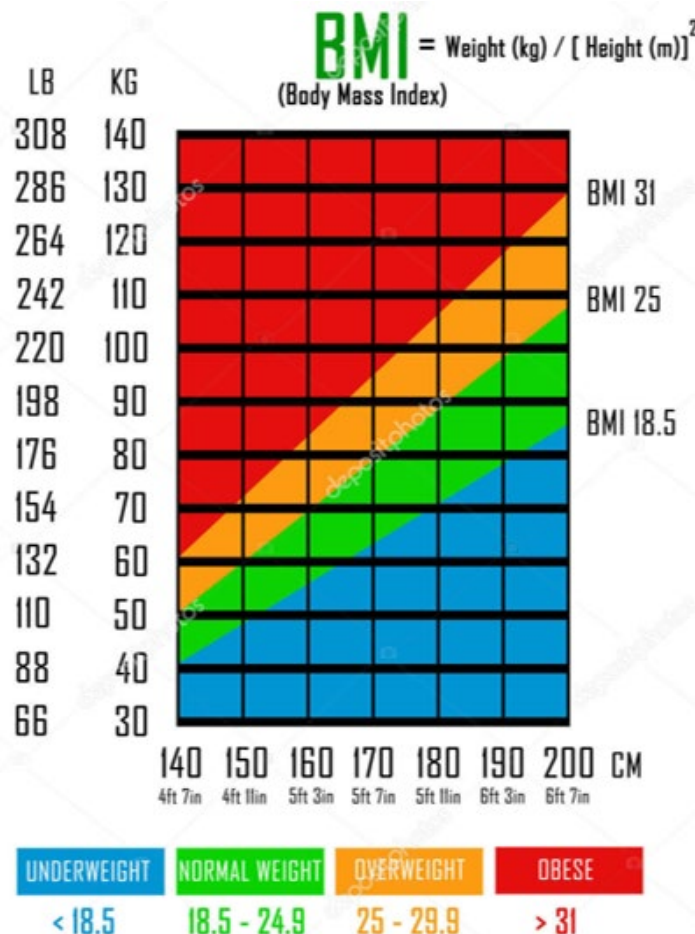
Body Mass Index, BMI o

Índice de Masa Corporal, IMC

Medida del peso de una persona en relación con su estatura, que se utiliza para determinar si tiene sobrepeso.

La obesidad en adultos se define como un IMC de 30 o más.

Ejemplo: Si pesas 180 libras y mides 5'7", tu IMC es de 18.5. Estos dos se encuentran en el área amarilla que indica que tienen sobrepeso. Si mide 5'7", debe pesar entre 140 y 176 libras. Este rango de peso y altura se cruza en la zona verde.



8) Botiquín de primero auxilia's

- No es necesario un inventario. Si ve que los artículos se están agotando, reemplácelos según sea necesario.
- Traiga el kit cuando se realice una clínica.



9) Cámara

Utilice la cámara solo para fotos de la clínica porque el papel fotográfico es caro.

La cámara usa un teléfono celular para operarla. Mantenga presionado el botón 'encendido' hasta que la luz blanca parpadee. A continuación, utilizando el Bluetooth de su teléfono, conéctese a "Kodak Step (___:___)". Se le pedirá que cree una cuenta de Kodak. Cree la cuenta de Kodak. La cuenta le permite tomar, editar e imprimir fotos. Consulte las sencillas instrucciones del manual del usuario.



- El papel fotográfico tiene una tira despegable para exponer la parte pegajosa del papel.
- Coloque la foto en el formulario donde se anota 'foto'.
- Una vez hecho esto, entregue el formulario al paciente para que pueda pasar a la siguiente estación.

10) Ficha de inventoria de la clínica médica

Inventario de botiquines médicos

Fecha: _____ Nombre: _____

Fecha: _____ Nombre: _____

Inventario del equipo después de usarlo y antes de almacenarlo.

Introduzca la fecha en que se realiza el inventario.

Escriba su nombre en el espacio provisto arriba (la persona que realiza el inventario).

Ingresa la cantidad en uno de los dos espacios provistos. Cada línea se puede utilizar para dos inventarios.

Ordene y reemplace los artículos si faltan o escasean.

___/___ 1 Kit de glucosa en sangre	___/___ 50 Lancetas de prueba de glucosa en sangre
___/___ 50 Tiras reactivas de glucosa en sangre	___/___ 1 Monitor de pulso de manguito
___/___ 1 Oxímetro con estuche	___/___ 1 Termómetro con estuche
___/___ 1 Botiquín de primeros auxilios	___/___ 1 Cámara con estuche
___/___ 1 Estetoscopio	___/___ 50 Papel fotográfico para cámaras
___/___ 1 Báscula de peso	___/___ 1 Almohadilla de sello de tinta
___/___ 1 Cortaplumas	___/___ 1 Portapapeles
___/___ 1 Cinta métrica	___/___ 1 Linterna
___/___ 2 Carpetas de cuidado preventivo	___/___ 10 Jeringas salinas
___/___ 100 Toallitas con alcohol	___/___ 1 Temas administrativos
___/___ 50 Depresor de lengua	



Inventario de botiquines médicos

Fecha: _____ Nombre: _____

Fecha: _____ Nombre: _____

Inventario del equipo después de usarlo y antes de almacenarlo.

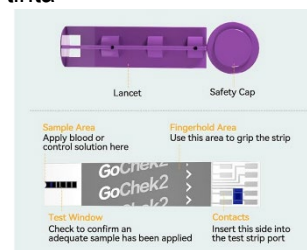
Introduzca la fecha en que se realiza el inventario.

Escriba su nombre en el espacio provisto arriba (la persona que realiza el inventario).

Ingresa la cantidad en uno de los dos espacios provistos. Cada línea se puede utilizar para dos inventarios.

Ordene y reemplace los artículos si faltan o escasean.

___/___ 1 Kit de glucosa en sangre	___/___ 50 Lancetas de prueba de glucosa en sangre
___/___ 50 Tiras reactivas de glucosa en sangre	___/___ 1 Monitor de pulso de manguito
___/___ 1 Oxímetro con estuche	___/___ 1 Termómetro con estuche
___/___ 1 Botiquín de primeros auxilios	___/___ 1 Cámara con estuche
___/___ 1 Estetoscopio	___/___ 50 Papel fotográfico para cámaras
___/___ 1 Báscula de peso	___/___ 1 Almohadilla de sello de tinta
___/___ 1 Cortaplumas	___/___ 1 Portapapeles
___/___ 1 Cinta métrica	___/___ 1 Linterna
___/___ 2 Carpetas de cuidado preventivo	___/___ 10 Jeringas salinas
___/___ 100 Toallitas con alcohol	___/___ 1 Temas administrativos
___/___ 50 Depresor de lengua	



Inventario de botiquines médicos

Fecha: _____ Nombre: _____

Fecha: _____ Nombre: _____

Inventario del equipo después de usarlo y antes de almacenarlo.

Introduzca la fecha en que se realiza el inventario.

Escriba su nombre en el espacio provisto arriba (la persona que realiza el inventario).

Ingresa la cantidad en uno de los dos espacios provistos. Cada línea se puede utilizar para dos inventarios.

Ordene y reemplace los artículos si faltan o escasean.

- | | |
|---|--|
| ___/___ 1 Kit de glucosa en sangre | ___/___ 50 Lancetas de prueba de glucosa en sangre |
| ___/___ 50 Tiras reactivas de glucosa en sangre | ___/___ 1 Monitor de pulso de manguito |
| ___/___ 1 Oxímetro con estuche | ___/___ 1 Termómetro con estuche |
| ___/___ 1 Botiquín de primeros auxilios | ___/___ 1 Cámara con estuche |
| ___/___ 1 Estetoscopio | ___/___ 50 Papel fotográfico para cámaras |
| ___/___ 1 Báscula de peso | ___/___ 1 Almohadilla de sello de tinta |
| ___/___ 1 Cortaplumas | ___/___ 1 Portapapeles |
| ___/___ 1 Cinta métrica | ___/___ 1 Linterna |
| ___/___ 2 Carpetas de cuidado preventivo | ___/___ 10 Jeringas salinas |
| ___/___ 100 Toallitas con alcohol | ___/___ 1 Temas administrativos |
| ___/___ 50 Depresor de lengua | |



Inventario de botiquines médicos

Fecha: _____ Nombre: _____

Fecha: _____ Nombre: _____

Inventario del equipo después de usarlo y antes de almacenarlo.

Introduzca la fecha en que se realiza el inventario.

Escriba su nombre en el espacio provisto arriba (la persona que realiza el inventario).

Ingresa la cantidad en uno de los dos espacios provistos. Cada línea se puede utilizar para dos inventarios.

Ordene y reemplace los artículos si faltan o escasean.

- | | |
|---|--|
| ___/___ 1 Kit de glucosa en sangre | ___/___ 50 Lancetas de prueba de glucosa en sangre |
| ___/___ 50 Tiras reactivas de glucosa en sangre | ___/___ 1 Monitor de pulso de manguito |
| ___/___ 1 Oxímetro con estuche | ___/___ 1 Termómetro con estuche |
| ___/___ 1 Botiquín de primeros auxilios | ___/___ 1 Cámara con estuche |
| ___/___ 1 Estetoscopio | ___/___ 50 Papel fotográfico para cámaras |
| ___/___ 1 Báscula de peso | ___/___ 1 Almohadilla de sello de tinta |
| ___/___ 1 Cortaplumas | ___/___ 1 Portapapeles |
| ___/___ 1 Cinta métrica | ___/___ 1 Linterna |
| ___/___ 2 Carpetas de cuidado preventivo | ___/___ 10 Jeringas salinas |
| ___/___ 100 Toallitas con alcohol | ___/___ 1 Temas administrativos |
| ___/___ 50 Depresor de lengua | |

